



430605
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 3/0/11/20	4-Data de Autorização 14/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8101624	7-Data Validade da Senha 28/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531791200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ___/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DANIEL APARECIDO RIZZATO		14-Telefone 01/07/1971	15-Nome do titular do plano JULIANY DE FATIMA ZILLI RIZZATO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986
22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100200	26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS
27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/02/21		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	18/02/21		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	IV	1	88,00	0,00	0,00	S	18/02/21		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VI	1	88,00	0,00	0,00	S	18/02/21		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00	0,00	S	18/02/21		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	88,00	0,00	0,00	S	18/02/21		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento ___/___/___	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 474,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ ___
--	---	--	---	-----------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808990
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante ___/___/___	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Daniel Aparecido Rizzato	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/02/21	



430932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/20	4-Data de Autorização 01/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8103256	7-Data Validade da Senha 28/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533470400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA IRENO		14-Telefone 09/08/1997	15-Nome do titular do plano LUCIANA IRENO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	17		1	73,00	0,00		S			
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	28		1	73,00	0,00		S			
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S			
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	16/12/20		Jheniffer
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DP	1	88,00	0,00		S	04/01/21		Jheniffer
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	88,00	0,00		S	15/12/20		Jheniffer
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	15/12/20		Jheniffer
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	15/12/20		Jheniffer
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	15/12/20		Jheniffer
10	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	16/12/20		Jheniffer
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 727,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/12/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/20 Luciana Ireno	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/12/20
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro Apos 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/01/21	4-Data de Autorização 05/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172706	7-Data Validade da Senha 05/04/21	447737 INTERCÂMBIO
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202531720900000104		13-Nome ROGERIO DE OLIVEIRA MELO		14-Telefone 15/02/1976		15-Nome do titular do plano GRACIELA LOURENCO BISPO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S					

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00			05/01/21		Rogio
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/01/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/01/21 Rogio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/01/21
--	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/11/21	4-Data de Autorização 06/10/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8174339	7-Data Validade da Senha 06/10/14/21	448234 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 00202531300000000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUANA LETICIA HEINZ		14-Telefone 13/10/1995	15-Nome do titular do plano CAROLINA PERPETUO DO NASCIMENTO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/02/21		Luana
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/02/21		Luana
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/02/21		Luana
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/02/21		Luana
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/02/21		Luana
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/02/21 Luana L. Heinz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/02/21	



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 15/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8198135	7-Data Validade da Senha 14/04/21	854243 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202520648700038505		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANDRESSA RAMOS LIED	14-Telefone (45) 3029-9744	15-Nome do titular do plano THIAGO BORGES LIED
--------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200
---	---------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	63	D	1	61,00	0,00		S	29/01/21		heira
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OD	1	88,00	0,00		S	25/02/21		heira
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	88,00	0,00		S	25/02/21		heira
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 237,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---------------	--	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21 Thiana Ramos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/01/21
--	---	--	---



de

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/01/21	4-Data de Autorização 15/01/21	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8200779	7-Data Validade da Serinha 15/04/21	454864 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RAFAELA ARMANDO CACERES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253020770000104		13-Nome JACKSON MARCELO FELIPE RITA		14-Telefone () -	
		15-Nome do titular do plano RAFAELA ARMANDO CACERES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	04/02/21		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	04/02/21		
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	04/02/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 219,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/02/21	CNPJ: 07.738.898/0001-50 RO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	---	---



458870

OK

1-Registro 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/01/21	4-Data de Autorização 21/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8216324	7-Data Validade da Guia 20/04/21	458870 INTERCÂMBIO
----------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534678100000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PROJEMARKET REPRESENTACAO E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL MUXFELDT	14-Telefone 09/06/1997	15-Nome do titular do plano MATHEUS VINICIUS MUXFELDT		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/02/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/02/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/02/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/02/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/02/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com sucesso e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/21 Jhenifer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/02/21
---------------	--	--	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808990



OK

1-Número Ates 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/01/21	4-Data de Autorização 21/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8216325	7-Data Validade da Guia 20/04/21	458871 INTERCÂMBIO
-------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PROJEMARKET REPRESENTACAO E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202534678100000102		13-Nome EDANICE MAZUCO MUXFELDT		14-Telefone 08/12/1962	
15-Nome do titular do plano MATHEUS VINICIUS MUXFELDT					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS
		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/02/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			09/02/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			09/02/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			09/02/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			09/02/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA
---------------	--	--	---------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/02/21 CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 680895
--	---	---	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/2011	4-Data de Autorização 21/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8216327	7-Data Validade da Guia 20/10/2011	458873 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202534678100000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PROJEMARKET REPRESENTACAO E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome LARA RAQUEL MAZUCO MUXFELDT		14-Telefone 23/10/1999	15-Nome do titular do plano MATHEUS VINICIUS MUXFELDT			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/02/21		Lara Muxfeldt
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/02/21		Lara Muxfeldt
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/02/21		Lara Muxfeldt
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/02/21		Lara Muxfeldt
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/02/21		Lara Muxfeldt
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA
SCHUBERT

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21 Lara Muxfeldt	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/02/21 CNPJ: 07.738.896/0001-5 CRO/PR 1205 - CNES 6804
--	---	---	---



458876

OK

1-Registro ABO 406414		3-Data de Emissão da Guia 20/01/2011		4-Data de Autorização 21/01/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8216329		7-Data Validade da Guia 20/04/2011		458876 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 00202534678100000105						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PROJEMARKET REPRESENTACAO E		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome AMANDA MAZUCO						14-Telefone 15/08/1995		15-Nome do titular do plano MATHEUS VINICIUS MUXFELDT					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	09/02/21		Jheniffer Martins	
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	09/02/21		Jheniffer Martins	
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	09/02/21		Jheniffer Martins	
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	09/02/21		Jheniffer Martins	
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	09/02/21		Jheniffer Martins	
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação													
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859													

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/21 Jheniffer Martins		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21 Amanda Mazuco		53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/02/21	
SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999							



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/2/01/21	4-Data de Autorização 2/2/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8223571	7-Data Validade da Senha 2/2/01/21	459948 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário							
8-Número da Carteira 00202528270800027701		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		11-Data Validade da Carteira ____/____/____	
13-Nome ELENA MOREIRA GATTERMANN		14-Telefone 15/10/1973		15-Nome do titular do plano ELENA MOREIRA GATTERMANN			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/02/21		<i>Elena</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento ____/____/____	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ ____,____
--	--	---	--	-----------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/02/21
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/01/21	4-Data de Autorização 12/2/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8224317	7-Data Validade da Guia 12/2/04/21	460070 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202534645900000101		13-Nome SERVOLO DE OLIVEIRA SILVA		14-Telefone 03/09/1966		15-Nome do titular do plano SERVOLO DE OLIVEIRA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00			25/04/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/04/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/04/21	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	---	--



460100
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/01/21	4-Data de Autorização 22/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8224534	7-Data Validade da Guia 22/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529843800004701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TIAGO ACACIO DE SOUSA		14-Telefone 06/05/1989	15-Nome do titular do plano TIAGO ACACIO DE SOUSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	ODL	1	122,00	0,00		S	02/02/21		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	02/02/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21 Tiago Acacio de Sousa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/02/21
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



462036
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 26/10/12	3-Data de Autorização 26/10/12	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8233736	6-Data Validade da Guia 26/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533493100000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LAURA DANTAS DAS NEVES		14-Telefone 13/12/2012	15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCOS LOPES DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	64		1	73,00	0,00			05/02/12		Eduardo Dantas
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/02/12 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/02/12 Eduardo Dantas	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/02/12
--	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OL

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 28/01/21	4-Data de Autorização 28/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8244214	7-Data Validade da Guia 28/04/21	464254 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202533493100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAVY DANTAS DOS SANTOS		14-Telefone 06/02/2015 () -	15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCOS LOPES DOS SANTOS	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	88,00	0,00			05/02/21		<i>Paula Dantas</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/02/21 <i>Jheniffer Martins</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/21 <i>Paula Dantas</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/02/21
--	--	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/01/21	4-Data de Autorização 29/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8248747	7-Data Validade da Senha 28/04/21	464829 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202530716400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSILEIDE GARCIA DOS SANTOS		14-Telefone 11/04/1988	15-Nome do titular do plano JOSILEIDE GARCIA DOS SANTOS		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	01/02/21		Josileide
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21 Josileide	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/02/21



464902
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/8/10 1/2/1	4-Data de Autorização 1/7/10 2/2/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8246906	7-Data Validade da Guia 2/8/10 4/2/1
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número de Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 2 1 8 0 0 0 0 0 0 1 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GIOVANNA GABRIELLA DE FATIMA SOUZA		14-Telefone 29/11/2012		15-Nome do titular do plano GABRIELLA DE FATIMA SOUZA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 9 8 3 1 3 5 3 9 8 6		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0		S	23/10/21		
2	0 0 8 4 0 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7 2 0 0	0 0 0 0		S	23/10/21		
3	0 0 8 1 0 0 0 0 1 4	CONDICIONAMENTO EM			1	7 0 0 0	0 0 0 0		S	23/10/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 7 6 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0
---	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808990
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/21 Giovanna Gabriella de Fatima Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/21
--	---	--	---



464935
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/01/21	4-Data de Autorização 29/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8247020	7-Data Validade da Senha 28/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531664500000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SURY AGHATA GULARTE CAETANO		14-Telefone 24/03/2009	15-Nome do titular do plano THIAGO YURI GULARTE CAETANO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986
22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200	26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS
27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	VO	1	88,00	0,00			01/02/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã-Dentista CRO-PR-29.859					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/02/21		

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/9/01/2/1	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8248706	7-Data Validade da Guia 2/9/01/2/1	465317 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 0020253071640000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSILEIDE GARCIA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSILEIDE GARCIA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/02/21		Jheniffer Martins
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/02/21		Jheniffer Martins
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/02/21		Jheniffer Martins
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/02/21		Jheniffer Martins
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/02/21		Jheniffer Martins
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/02/21 Josileide Garcia dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/02/21
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



OK

1-Registro JMS 406414	2-Dados da Empresa da Guia 29/01/2012	3-Data de Autorização 04/02/2012	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8248863	6-Data Validade da Guia 29/04/2012	7-465356 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------

8-Número da Carteira 00202520648700038504		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIANA RAMOS LIED		14-Telefone 02/07/2011 (145) 3029-9744	15-Nome do titular do plano THIAGO BORGES LIED		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54		1	73,00	0,00		S	08/02/2012		Juciana
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/02/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/2012 Juciana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/02/2012
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
CLÍNICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CNPJ/PR-1206 - CNES 6808999
CRO/PR 1206 - CRL



De

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 29/04/21	4-Data de Autorização 04/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8248887	7-Data Validade da Senha 29/04/21	2-Nº 465359 INTERCÂMBIO
---------------------------------	--	--	------------------------------	--	---	---

8-Número da Carteira 00202528270800031701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira ___/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KATIELE DALSOGLIO COUTO		14-Telefone 19/08/1989	15-Nome do titular do plano KATIELE DALSOGLIO COUTO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	61,00	0,00		S	04/02/21		<i>Katiele</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento ___/___/___	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ ___
--	---	--	--	-----------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/02/21 Katiele P. Couto	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/02/21 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 RO/PR 1206 - CNES 6808999
---------------	---	--	--	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante ___/___/___	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/02/21 Katiele P. Couto	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/02/21 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 RO/PR 1206 - CNES 6808999
---	--	---	--



OK

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 29/01/21		4-Data de Autorização 01/02/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8250716		7-Data Validade da Senha 29/04/21		465761 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202530524800000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome WU CHUN HSIEN						14-Telefone 04/05/1974		15-Nome do titular do plano WU CHUN HSIEN							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200			
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	DO	1	88,00	0,00	0,00	S	08/02/21		Wu			
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 88,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/02/21 Jheniffer Martins				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/21 Wu				53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/02/21 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999			



465773
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/01/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8250742	7-Data Validade da Senha 29/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535297000000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALDO TAYLOR OLIVEIRA NUNES DOS SANTOS		14-Telefone 18/06/1989	15-Nome do titular do plano ALINE NUNES FERREIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/02/21		Taylor
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/02/21		Taylor
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/02/21		Taylor
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/02/21		Taylor
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/02/21		Taylor
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
---------------	---	--	---------------------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/21 Aldo Taylor	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/02/21
--	---	---	---

CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/01/21	4-Data de Autorização 29/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8250743	7-Data Validade da Senha 29/04/21	465774 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202534909200000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAISON MENDES DE AMORIN			14-Telefone 01/09/1994 () -	15-Nome do titular do plano KAREN CHRISTINA BONETE AMORIN	

16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS								27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/02/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/02/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/02/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/02/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/02/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
---------------	--	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21 Karen	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/02/21
--	---	---	---

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2012	4-Data de Autorização 01/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8250768	7-Data Validade da Senha 29/10/2012	465775 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202528270800053101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALINE YNGRID PAIXAO		14-Telefone 25/10/1982	15-Nome do titular do plano ALINE YNGRID PAIXAO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/10/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			02/10/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			02/10/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			02/10/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			02/10/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/2012
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



OL

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8252249	7-Data Validade da Senha 02/05/21	466191 INTERCÂMBIO
---------------------------------	--	--	------------------------------	--	---	-------------------------------------

8-Número da Carteira 002025282708000277011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira 01/02/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELENA MOREIRA GATTERMANN		14-Telefone 15/10/1973	15-Nome do titular do plano ELENA MOREIRA GATTERMANN		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/02/21		<i>[assinatura]</i>
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/02/21		<i>[assinatura]</i>
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/02/21		<i>[assinatura]</i>
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/02/21		<i>[assinatura]</i>
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/02/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	---	-----------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21 <i>[assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/02/21 SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---------------	---	--	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/02/21 <i>[assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/21 <i>[assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21 <i>[assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/02/21 SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	--	--	---



Ok -

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8252261	7-Data Validade da Guia 02/05/21	466196 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202509953900014301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSEMPPRASSOC DOS SERV DO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MATHEUS GAMBETTA NORONHA		14-Telefone (145) 3524-2024	15-Nome do titular do plano MATHEUS GAMBETTA NORONHA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/02/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/02/21 Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/21 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/02/21 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 680899
---------------	--	--	---



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8252263	7-Data Validade da Senha 02/05/21	466199 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202530392800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIZANA DA SILVEIRA	14-Telefone 21/07/1985
15-Nome do titular do plano MARIZANA DA SILVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS
18-Número no CRO 29859	19-UF PR
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS
23-Número no CRO 29859	24-UF PR
25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859
28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			01/02/21		marizana
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			01/02/21		marizana
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			01/02/21		marizana
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			01/02/21		marizana
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 68089
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21 marizana S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/02/21



466200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8252274	7-Data Validade da Senha 02/05/21
Dados do Beneficiário:					
8-Número da Carteira 00202531045900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISABELLA RICHETTI EGAL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ISABELLA RICHETTI EGAL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/02/21		Isabella
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/02/21		Isabella
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/02/21		Isabella
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/02/21		Isabella
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/02/21		Isabella
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SONDRER LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/21 Isabella Richetti	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/02/21
--	---	---	---

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO-PR 1206 CNES 6808990



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Baixa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8252296	7-Data Validade da Guia 02/05/21	466206 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202511783800069901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JENNIFER MORI SLEIGMAN	14-Telefone 21/03/1987 (45) 3576-7281	15-Nome do titular do plano JENNIFER MORI SLEIGMAN
-----------------------------------	---	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/02/21		Jennifer
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/02/21		Jennifer
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/02/21		Jennifer
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/02/21		Jennifer
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	25/02/21		Jennifer
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgã Dentista CRO-PR 29.859	CLINICA C SCHNERER LTDA.
---------------	---	-----------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/21 Jennifer Mori Sleigman	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/02/21
--	---	--	---

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



466277

Ok

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8252675	7-Data Validação da Guia 02/05/21	466277 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202530392800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSUE EDSON RODRIGUES			14-Telefone 27/12/1974	15-Nome do titular do plano MARIZANA DA SILVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/02/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/02/21	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	---	--



2-HP

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Benefício AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8253654	7-Data Validade da Guia 02/10/2012	8-406476 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202534130100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome NIVEA FINAU DE QUADROS				14-Telefone () -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
15-Nome do titular do plano NIVEA FINAU DE QUADROS						
16-Atendimento a RN N						
17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
27-Número no CRO 29859		28-UF PR		25-Código CNES		29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			05/02/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			05/02/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			05/02/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			05/02/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			05/02/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/02/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/02/2012 Nivea Finau de Quadros	53-Data, local e Assinatura da Empresa 05/02/2012
--	---	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



466656
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8254384	7-Data Validade da Guia 02/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528270800055901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MELISSA RODRIGUES DE SOUZA		14-Telefone 19/02/1975	15-Nome do titular do plano MELISSA RODRIGUES DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			02/02/21		Melissa
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/02/21
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21 Melissa R. de Souza	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999	



467179 OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 02/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8256634	7-Data Validade da Guia 02/05/21	467179 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202530211500000201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSTO DE SERVICOS DAMO EIRELI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEXANDRA MARIANI BURIGO		14-Telefone 15/03/1983	15-Nome do titular do plano ALEXANDRA MARIANI BURIGO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/02/21		Alexandra
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/02/21		Alexandra
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/02/21		Alexandra
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/02/21		Alexandra
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/02/21 Alexandra M. Burigo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/02/21
---------------	--	---	---	---

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808900



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2021	4-Data de Autorização 02/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8257594	7-Data Validação da Guia 03/10/2021	467402 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202529843800004701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome TIAGO ACACIO DE SOUSA		14-Telefone 06/05/1989	15-Nome do titular do plano TIAGO ACACIO DE SOUSA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	61,00	0,00		S	04/04/2021		TIAGO
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2021 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2021 Tiago C.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/2021	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ARES 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/21	4-Data de Autorização 02/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8257910	7-Data Validade da Senha 03/05/21	467465 INTERCÂMBIO
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202528270800034901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIANE DE OLIVEIRA BARROS			14-Telefone 17/01/1975	15-Nome do titular do plano ELIANE DE OLIVEIRA BARROS	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100218

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			08/02/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			08/02/21		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00			08/02/21		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00			08/02/21		
5-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	ODV	1	122,00	0,00			25/02/21		
6-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OMD	1	122,00	0,00			25/02/21		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 488,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/21 Eliane de Oliveira Barros	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/02/21
--	---	---	---

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1296 CNES 6808999



467505
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/21	4-Data de Autorização 02/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8258059	7-Data Validade da Senha 03/05/21
8-Número da Carteira 00202534645900000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome SERVOLO DE OLIVEIRA SILVA		14-Telefone 03/09/1966		15-Nome do titular do plano SERVOLO DE OLIVEIRA SILVA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	
24-UF PR		25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100200		26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	
27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OMV	1	122,00	0,00		S	03/02/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	03/02/21		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OM	1	88,00	0,00		S			
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 271,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
03/02/21 Jheniffer Martins

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/02/21 Jheniffer Martins

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/02/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa
03/02/21 CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8264216	7-Data Validade da Senha 04/05/21	469006 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202529423800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ALICE KAROLINE LESKOVICZ GONCALVES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDERSON GONCALVES DA SILVA
---	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Envair - RX (I) 85100200 (I) 85100226
--	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100226
---	---------------------------	-------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OD	1	88,00	0,00		S	09/02/21		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OD	1	88,00	0,00		S	09/02/21		
3	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	51	MVDP	1	122,00	0,00		S	23/02/21		
4	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	61	VMPD	1	122,00	0,00		S	23/02/21		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	62	M	1	61,00	0,00		S	23/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 481,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---------------	--	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/02/21
--	---	---	---



469977 OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/02/21	4-Data de Autorização 05/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8266155	7-Data Validade da Guia 04/05/21	8-Número da Guia 469477
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0020252942380000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ANDERSON GONCALVES DA SILVA		14-Telefone 18/12/1979	15-Nome do titular do plano ANDERSON GONCALVES DA SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00			09/02/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00			09/02/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			09/02/21		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			09/02/21		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00			09/02/21		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00			09/02/21		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 366,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, aceite e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com todo o cuidado e de forma satisfatória, autoriza e obriga a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/02/21 Jhenifer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/21 Jhenifer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21 Anderson Gonçalves da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/02/21
---------------	--	--	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



2-A*

1-Registro ABRAS 406414	3-Data de Emissão 04/02/21	4-Data de Autorização 04/02/21	5-Status AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8266540	7-Data Validade da Guia 05/05/21	8-Valor 105379	9-Interlocutor INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário							
8-Número da Carteira 00202529423800000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome ELIZANGELA CRISTINA LESKOVICZ MACHADO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANDERSON GONCALVES DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S	
20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa		25-Código CNES			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	17		1	49,00	0,00		S	09/02/21		Elizangela
2	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	27		1	49,00	0,00		S	09/02/21		Elizangela
3	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	37		1	49,00	0,00		S	09/02/21		Elizangela
4	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	09/02/21		Elizangela
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61,00	0,00		S	09/02/21		Elizangela
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 257,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21 Elizangela	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/02/21



470442

OK

1-Registro 406414	2-Data de Emissão da Guia 04/02/21	3-Data de Autorização 05/02/21	4-Situação AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8270412	6-Data de Validade da Guia 05/05/21	7-Valor da Guia 470442	8-Tipo de Guia INTERCÂMBIO
----------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------	-------------------------------

9-Dados do Beneficiário	10-Plano	11-Empresa	12-Data Validade da Carteira	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202532652500000104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		
13-Nome MIGUEL ARCANJO ROJAS MORALES	14-Telefone 17/09/2012	15-Nome do titular do plano JEFFERSON DRUM MORALES		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	62		1	73,00	0,00		S	19/02/21		M Louciani
2	00820001707	ULECTOMIA	11		1	64,00	0,00		S	19/02/21		M Louciani
3	00820001707	ULECTOMIA	21		1	64,00	0,00		S	19/02/21		M Louciani
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 201,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21 Miguel Arcanjo Rojas Morales	53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/02/21
---------------	--	---	--	--

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21 Miguel Arcanjo Rojas Morales	56-Data, local e Assinatura da Empresa 19/02/21	57-Data, local e Assinatura da Empresa 19/02/21
--	--	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHREIBER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CNPJ: 1206 - CNES 6808999



470474

OK

1-Registro ARES 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/02/21	4-Data de Autorização 05/02/21	5-Status AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8270502	7-Data Validação da Guia 05/05/21	8-Valor da Guia 470474
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202520648700056303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome LUIZ CARLOS DO NASCIMENTO		14-Telefone 11/08/1963	15-Nome do titular do plano LUIZA GABRIELA DO NASCIMENTO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00	0,00	S	12/02/21		JS
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	0,00	S	12/02/21		JS
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	0,00	S	12/02/21		JS
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PM	1	88,00	0,00	0,00	S	12/02/21		JS
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 271,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/02/21 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21 JS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/02/21
---	---	--	---

CLÍNICA L...
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.816/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6102



470686

OK

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012		4-Data de Autorização 05/10/2012		5-Situação AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8271493		7-Data Validade da Guia 06/10/2012		8-Valor da Guia 470686	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202535326000000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome SUSANA APARECIDA DOS SANTOS				14-Telefone 21/10/1980		15-Nome do titular do plano CELIO DA LUZ PIRES							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00			02/10/2012		Susana	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação													
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / Jheniffer Martins				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Susana Santos				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



470710. ou

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Carimbo AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8271671	7-Data Validade da Guia 06/10/2012	8-Data Validade da Guia 470710 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202535218000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome GABRIELLA DE FATIMA SOUZA		14-Telefone 13/11/1985	15-Nome do Titular do plano GABRIELLA DE FATIMA SOUZA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	17/02/21		Jheniffer Martins
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	17/02/21		Jheniffer Martins
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	17/02/21		Jheniffer Martins
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	17/02/21		Jheniffer Martins
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	17/02/21		Jheniffer Martins
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 332,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
/ /
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
17/02/21 Jheniffer Martins CRO-PR 29859
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
17/02/21 Gabriella de Fatima Souza
53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/02/21

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



470768
INTERCÂMBIO

1-Registro Ates 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Estado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277312	7-Data Validade da Guia 06/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528381400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DOUGLAS DIAS DOS SANTOS		14-Telefone 08/11/1988	15-Nome do titular do plano DOUGLAS DIAS DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/10/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/10/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/10/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/10/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/10/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2012	53-Data, local e Cadastro da Empresa 18/10/2012

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899



OK

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 05/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8273650	7-Data Validade da Senha 06/05/21	471136 INTERCAMBIO
---------------------------------	--	--	------------------------------	--	---	-------------------------------------

9-Número da Carteira 00202520648700056301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	11-Data Validade da Carteira ___/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZA GABRIELA DO NASCIMENTO		14-Telefone 16/10/1996	15-Nome do titular do plano LUIZA GABRIELA DO NASCIMENTO		

16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/02/21		fo
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/02/21		fo
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/02/21		fo
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/02/21		fo
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/02/21		fo
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento ___/___/___	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ ___
--	---	--	---	-----------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.736.826/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante ___/___/___	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21 Luiza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/02/21



de

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277090	7-Data Validade da Senha 09/05/21	471663 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202530182300000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome KARINE DANIELLE DE OLIVEIRA FREI	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA SALETE RIBEIRO
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/02/21		Karine
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/02/21		Karine
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/02/21		Karine
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/02/21		Karine
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/02/21		Karine
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	<i>Dra. Jheniffer Martins</i> Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
---------------	--	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/21 Karine	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/02/21	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 680899
--	---	--	---	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/2011	4-Data de Autorização 08/02/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277152	7-Data Validade da Senha 09/05/2011	471698 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202531056100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIEGO FRANCESCONI		14-Telefone 08/03/1990	15-Nome do titular do plano DIEGO FRANCESCONI		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/02/2011		Dra. Jheniffer Martins
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/02/2011		Dra. Jheniffer Martins
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/02/2011		Dra. Jheniffer Martins
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/02/2011		Dra. Jheniffer Martins
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/02/2011		Dra. Jheniffer Martins
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/02/2011 UNICA ODONTOLÓGICA - SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.890/0001-50 PP 1206 - CNES 6808999
---------------	---	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/2011 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/2011 Diego Francesconi
--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8278957	7-Data Validade da Senha 09/05/21	8-2354 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202534103900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome APARECIDO GARBUIO			14-Telefone 23/07/1962	15-Nome do titular do plano APARECIDO GARBUIO		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00	0,00		S	08/02/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/02/21
---------------	--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 CNES 6808999



OK

1-Plano de Saúde 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/02/21		4-Data de Autorização 09/02/21		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8280489		7-Data de Validade da Guia 10/05/21		8-Valor da Guia 472666	
9-Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
8-Número da Carteira 00202535446700000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA DE CAMARGO										14-Telefone 30/01/1998		15-Nome do titular do plano ANA PAULA DE CAMARGO	
16-Atendimento a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986						22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES		27-Número no CRO 29859	
28-UF PR						29-Código CBO S							
30-Tabela													
31-Código do Procedimento													
32-Descrição													
33-Dente/Região													
34-Face													
35-Qtd													
36-Quantidade US													
37-Valor													
38-Franquia/Co-participação R\$													
39-Aut													
40-Data de Realização													
41-Motivo da Glosa													
42-Assinatura													
43-Data Previsão Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento													
45-Tipo de Faturamento													
46-Total Quantidade US													
47-Valor Total R\$													
48-Total Franquia / Co-participação R\$													
49-Observação													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante													
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista													
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável													
53-Data, local e Carimbo da Empresa													

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA GOMES
SCHERER LTDA

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899



472667
INTERCÂMBIO

1-Registro AOS 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/02/21		4-Data de Autorização 09/02/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8280491		7-Data Validade da Guia 10/05/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202535446700000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /			
13-Nome JOEL DE CAMARGO						14-Telefone 04/07/1976		15-Nome do titular do plano ANA PAULA DE CAMARGO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				23-Número no CRO 29859		24-UF PR			
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/02/21		Jal	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/02/21		Jal	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/02/21		Jal	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/02/21		Jal	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/02/21		Jal	
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
/ /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/02/21 Jheniffer Martins

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/02/21 - jal de camargo

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/02/21

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 680890



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/02/21	4-Data de Autorização 09/02/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8280500	7-Data Validade da Guia 10/05/21	472668 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202519989300004042	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FOZ TROPICANA PARQUE DE AVES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ELOI ZENEVINSKI DA SILVA FILHO		14-Telefone 27/01/1971	15-Nome do titular do plano NEUSA DE LIMA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/02/21		Eloí
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/02/21		Eloí
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/02/21		Eloí
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/02/21		Eloí
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/02/21		Eloí
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21 Eloí	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/02/21
--	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



472669
INTERCÂMBIO

1-Plano ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/02/21	4-Data de Autorização 09/02/21	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8280501	7-Data Validade da Guia 10/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535508300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MISAEI PAULO MARQUES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MISAEI PAULO MARQUES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/02/21		Misael
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/02/21		Misael
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/02/21		Misael
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/02/21		Misael
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIID		1	36,00	0,00			10/02/21		Misael
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/02/21 Jheniffer Martins
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/02/21 Jheniffer Martins
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/02/21 Misael
53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/02/21

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



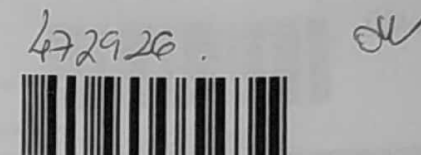
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/02/2011	4-Data de Autorização 10/02/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8281728	7-Data Validade da Guia 10/05/2011	472914 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202529423800000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ELIZANGELA CRISTINA LESKOVICZ MACHADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDERSON GONCALVES DA SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	23/02/2011		Elizangela
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	ODP	1	122,00	0,00		S	23/02/2011		Elizangela
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR-29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808990
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/02/2011 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/02/2011 Elizangela	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/02/2011



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2021	4-Data de Autorização 09/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8281786	7-Data Validade da Guia 10/05/2021	472926 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202529423800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ANDERSON GONCALVES DA SILVA		14-Telefone 18/12/1979	15-Nome do titular do plano ANDERSON GONCALVES DA SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	88,00	0,00			23/02/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/02/21
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 400414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 10/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8285621	7-Data Validade da Senha 11/05/21	473722 INTERCAMBIO	
Dados do Beneficiário							
8-Número da Carteira 00202529936200000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/21	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome CARMELINA ALBERTA HAGERS MOTA				14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano FRANCISCO FERREIRA MOTA NETO	
27/12/1965							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR	
20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR	
25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				27-Número no CRO 29859		28-UF PR	
29-Código CBO S							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/02/21		<i>e Carine</i>
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/02/21		<i>e Carine</i>
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/02/21		<i>e Carine</i>
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/02/21		<i>e Carine</i>
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/02/21		<i>e Carine</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/21	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	---	-----------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/02/21		



473735

OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/2011	4-Data de Autorização 10/02/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8285659	7-Data Validade da Guia 11/05/2011	8-Data Validade da Carteira 11/05/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 473735 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202535446700000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/05/2011	
13-Nome ALEX DE CAMARGO				14-Telefone (11) 1111-1111		15-Data Validade da Carteira 20/05/2010	
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				27-Número no CRO 29859		28-UF PR	
29-Código CBO S				30-Código CBO S		31-Código CBO S	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/02/2011		ALEX
2-	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00			11/02/2011		ALEX
3-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			11/02/2011		ALEX
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/02/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/02/2011 Jheniffer Martins

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/02/2011 Jheniffer Martins

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/02/2011 Alex

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/02/2011

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.696/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



473739
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/2011	4-Data de Autorização 10/02/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8285681	7-Data Validade da Guia 11/05/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529423800000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELIZANGELA CRISTINA LESKOVICZ MACHADO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDERSON GONCALVES DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00			23/02/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859			53-Data, local e Carimbo da Empresa
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa	

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



473965 OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/2011	4-Data de Autorização 11/02/2011	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8286842	7-Data Validade da Guia 11/05/2011	473965 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 0020253130460000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome KELLY CRISTINE GOULART FLORES TEIXEIRA	14-Telefone 21/06/1990	15-Nome do titular do plano TAVANI GOULART DOS SANTOS MONTEIRO
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	15/02/2011		Kelly
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	15/02/2011		Kelly
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/02/2011 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/02/2011 Kelly e.g. Flores	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/02/2011 CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	--



474728

OK

1-Registro AIBS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/12	4-Data de Autorização 11/02/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290300	7-Data Validade da Guia 12/05/12	8-Valor da Guia 474728 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202531208900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ARTHUR DIAS MAZARON		14-Telefone 15/02/2012 () -	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE MAZARON			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/02/12		
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			11/02/12		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/12 - Jhenifer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/12 - Alexandre Mazaron	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/02/12 - CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
---------------	--	--	---	--

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



474799
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/21	4-Data de Autorização 11/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290564	7-Data Validade da Guia 12/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202524961200005001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SORAYA MARIA DOS SANTOS		14-Telefone 27/01/1974 () -	15-Nome do titular do plano SORAYA MARIA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	D	1	61,00	0,00			26/02/21		Soraya
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã-Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHENKER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/21 Soraya Maria dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/02/21



474919

OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2012	4-Data de Autorização 11/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8291125	7-Data Validade da Guia 12/05/2012	474919 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202530392800000102		13-Nome JOSUE EDSON RODRIGUES		14-Telefone 27/12/1974	
		15-Nome do titular do plano MARIZANA DA SILVEIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859
24-UF PR		25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859
		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			23/02/2012		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			23/02/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/02/2012 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/02/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/02/2012
--	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SOLARIS LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 8908009



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/21	4-Data de Autorização 12/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8294523	7-Data Validade da Guia 13/10/21	475693 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202531100800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AOLANI DA SILVA CAMBIASO			14-Telefone 16/11/2006 () 9932-2243	15-Nome do titular do plano TATIANE CRISTINA DA SILVA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/21		Aolani
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/10/21		Aolani
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/10/21		Aolani
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/10/21		Aolani
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/10/21		Aolani
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859		
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/21 Aolani da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/21
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SOLBERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/02/21	4-Data de Autorização 12/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8294796	7-Data Validade da Guia 13/05/21	8-Data Validade da Guia 475756
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202520648700056303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome LUIZ CARLOS DO NASCIMENTO		14-Telefone 11/08/1963	15-Nome do titular do plano LUIZA GABRIELA DO NASCIMENTO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES (1) 85100218	Enviar - RX	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	19/02/21		JS
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VMP	1	122,00	0,00		S	19/02/21		JS
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
19/02/21 Jheniffer Martins

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/02/21 JS

53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/02/21

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808996



OK

1-Número da Guia 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/02/2011	3-Data de Autorização 17/02/2011	4-Sistema AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8296981	6-Data Validade da Guia 13/05/2011	7-Número da Guia 476309
----------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome DIENE DA SILVA PIPPER	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano DIENE DA SILVA PIPPER
----------------------------------	-------------------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/02/21		Diene
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/02/21		Diene
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/02/21		Diene
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/02/21		Diene
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	15/02/21		Diene
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/02/21 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/02/21 Diene	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/02/21
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 68088

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



OK

1-Registro ABO 406414	2-Data de Nascimento 12/02/21	3-Data de Anúncio 17/02/21	4-Sigla do Estado AUTORIZADO	5-Identificação da Empresa 8297007	6-Data de Emissão da Guia 13/05/21	7-Valor da Guia 476310
8-Número da Carteira 00202535566000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 476310 INTERCÂMBIO	
13-Nome JOHNATAS MENDES DE OLIVEIRA			14-Telefone 09/12/1988	15-Nome do titular do plano DIENE DA SILVA PIPPER		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			24/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			24/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/02/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			24/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/02/21
--	---	---	---



1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 1/2/02/12/1	4-Data de Autorização 1/7/02/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8297012	7-Data Validade da Guia 1/3/05/12/1	8-Data Validade da Carteira 1/3/05/12/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 476318 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202528270800016401		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		11-Data Validade da Carteira 1/3/05/12/1	
13-Nome JESSICA CAROLINA BATISTA				14-Telefone 07/12/1992		15-Nome do titular do plano JESSICA CAROLINA BATISTA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				27-Número no CRO 29859		28-UF PR	
25-Código CNES				29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			19/02/21		Jheniffer Martins
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			19/02/21		Jheniffer Martins
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			19/02/21		Jheniffer Martins
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			19/02/21		Jheniffer Martins
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			19/02/21		Jheniffer Martins
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 1/3/05/12/1	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
1/3/05/12/1 Jheniffer Martins

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1/3/05/12/1 Jheniffer Martins

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1/3/05/12/1 Jessica

53-Data, local e Carimbo da Empresa
1/3/05/12/1

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



477983
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/02/21	4-Data de Autorização 17/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302134	7-Data Validade da Senha 18/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531157300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEORI ROBERTO BOZZ		14-Telefone 01/07/1966	15-Nome do titular do plano LEORI ROBERTO BOZZ		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/02/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/03/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/02/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/02/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/02/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/02/21
--	---	---	---

CLÍNICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680399



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/02/21	4-Data de Autorização 22/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302149	7-Data Validade da Senha 18/05/21	477992 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0020253076670000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/09/1979	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SUSANA DA SILVEIRA		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano SUSANA DA SILVEIRA			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	21-Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		23-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		24-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			25/02/21		Susana
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			25/02/21		Susana
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			25/02/21		Susana
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			25/02/21		Susana
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			25/02/21		Susana
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	---	-----------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/02/21 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/21 Susana S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/02/21
--	--	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808992



OK

1-Registro ABR 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2021	4-Data de Autorização 17/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302174	7-Data Validade da Guia 18/05/2021	478007 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202531178700000101						
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELSA SILVA DE SOUSA			14-Telefone 19/09/1957		15-Nome do titular do plano ELSA SILVA DE SOUSA	
16-Atendimento a RN N						
17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS			18-Número no CRO 29859		19-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986			22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			23-Número no CRO 29859		24-UF PR	
			27-Número no CRO 29859		25-Código CNES	
					29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			19/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			19/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			19/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			19/02/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			19/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21 E. Silva	53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/02/21
--	---	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 660899



478019 OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de emissão da Guia 17/02/21	4-Data de Autorização 17/02/21	5-Sessão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302217	7-Data Validade da Sessão 18/05/21	478019 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202528270800038101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELAINE CAROLINO			14-Telefone 16/03/1982 () -	15-Nome do titular do plano ELAINE CAROLINO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS			27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/02/21		ac
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/02/21		ac
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/02/21		ac
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/02/21		ac
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/02/21		ac
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/21 Elaine Carolino	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/02/21
--	---	---	---

CLÍNICA C. J. SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899



1-Registro ANS 406414	3-Carteira de Emenda de Guia 17/02/21	4-Data de Autorização 17/02/21	5-Seriale AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302455	7-Data Validade da Guia 18/05/21	478068 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	-----------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202531208900000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VITOR ALEXANDRE DIAS MAZARON			14-Telefone 26/01/2009	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE MAZARON	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/02/21		VITOR
2-	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00			18/02/21		VITOR
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 104,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.891/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 68089
---------------	--	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/21 VITOR	53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/02/21
--	---	---	--



428071

OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/02/21	4-Data de Autorização 17/02/21	5-Sentença AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 8302458	7-Data Validade da Guia 18/05/21	478071 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VITOR ALEXANDRE DIAS MAZARON		14-Telefone 26/01/2009		15-Nome do titular do plano ALEXANDRE MAZARON					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00					S. 18/02/21 VITOR
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/21 VITOR ALEXANDRE	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/02/21		



478084
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/02/21	4-Data de Autorização 17/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302525	7-Data Validade da Senha 18/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202531157300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome GABRIELLE BRAGA DA ROSA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEORI ROBERTO BOZZ
------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/02/21		Gabrielle
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/02/21		Gabrielle
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/02/21		Gabrielle
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/02/21		Gabrielle
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/02/21		Gabrielle
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgia Dentista CRO-PR 29.859	CLINICA DENTAL ODONTOLÓGICA SOLIERRE LTDA
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21 Gabrielle Braga	53-Data, local e Cartão da Empresa 19/02/21
--	---	---	--

CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1206 CNE 6808999



478108

OK

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 17/02/21		4-Data de Autorização 17/02/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8302644		7-Data Validade da Guia 18/05/21		478108 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202511783800084401						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDACAO PARQUE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VINICIUS CAVALLARI SILVA AMARAL						14-Telefone 11/12/1997 () -		15-Nome do titular do plano VINICIUS CAVALLARI SILVA AMARAL					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/02/21			
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/02/21			
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/02/21			
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/02/21			
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/02/21			
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação		Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/02/21 Jheniffer Martins				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 680890			



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/02/21	4-Data de Autorização 22/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302601	7-Data Validade da Senha 18/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530766700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 478116 INTERCÁMBIO	
13-Nome LARA ISABELLY SILVEIRA		14-Telefone 15/04/2008	15-Nome do titular do plano SUSANA DA SILVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986
22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS
27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/02/21		Susana
2-	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	25/02/21		Susana
3-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	25/02/21		Susana
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/02/21 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/21 Susana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/02/21
--	--	---	--

ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 17/02/21	4-Data de Autorização 17/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302843	7-Data Validade da Senha 16/05/21	478174 INTERCÂMBIO
---------------------------------	--	--	------------------------------	--	---	-------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020252916090000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ___/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	---------------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome GISELI KARENINA TRAESEL	14-Telefone 14/12/1987	15-Nome do titular do plano GISELI KARENINA TRAESEL
---	----------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--	---------------------------------	---	----------------------------------	--------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
---	--	----------------------------------	--------------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
--	----------------------------------	--------------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/02/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento ___/___/___	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ ___
--	---	--	---	-----------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHUEER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---------------	---	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/02/21 Jheniffer Martins	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/02/21 GISELI KARENINA TRAESEL	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/02/21
--	--	--	--



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2021	4-Data de Autorização 18/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8307654	7-Data Validade da Senha 19/05/21	478852 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202535218000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIELLA DE FATIMA SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GABRIELLA DE FATIMA SOUZA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VOD	1	122,00	0,00		S	25/02/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808990	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/21 Gabriella de Fatima Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/02/21		



479007

OK

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/10/2021		4-Data de Autorização 18/10/2021		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8306582		7-Data Validade da Guia 19/05/21		479007 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202530392800000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSUE EDSON RODRIGUES						14-Telefone 27/12/1974		15-Nome do titular do plano MARIZANA DA SILVEIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS				23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00			23/10/21		JSM	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 88,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
/ /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
23/10/21 Jheniffer Martins

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
23/10/21 Josue Edson Rodrigues

53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/10/21

CINQUE DENTAL
JHENIFER D.A.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 120 - CNES 6808000



480125

OK

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/02/21		4-Data de Autorização 19/02/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8309584		7-Data Validade da Guia 19/05/21		480125 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202535446700000103				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ALEX DE CAMARGO						14-Telefone 20/05/2010 () -		15-Nome do titular do plano ANA PAULA DE CAMARGO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS				18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986				22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS						27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63		1	73,00	0,00					Alex	
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / Jheniffer Martins				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Alex				53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHNEIDER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 CNES 6808996	



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2021	4-Código de Autorização 19/10/2021	5-Serviço Autorizado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8309685	7-Data Validade da Guia 19/10/2021	80147 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	----------------------

8-Número da Carteira 00202511783800078101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JAQUELINE FERREIRA DOS SANTOS		14-Telefone 05/04/1993	15-Nome do titular do plano JAQUELINE FERREIRA DOS SANTOS		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			25/10/2021		Jaqueline
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			25/10/2021		Jaqueline
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			25/10/2021		Jaqueline
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			25/10/2021		Jaqueline
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			25/10/2021		Jaqueline
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	<i>Dra. Jheniffer Martins</i> Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2021 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2021 Jaqueline Ferreira dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/2021	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO-PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	---	--



480990
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/02/21	4-Data de Autorização 19/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8312669	7-Data Validade da Senha 20/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529843800003904	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIA CAMPOS VALMORBIDA		14-Telefone (11) 3226-7682	15-Nome do titular do plano MARCOS VALMORBIDA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/02/21		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/02/21		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/02/21		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/02/21		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/02/21
--	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.890/0001-60
CRO/PR 1206 - CNES 680999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/2/02/2/2/1	4-Data de Autorização 2/3/02/2/2/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8316403	7-Data Validade da Guia 2/3/05/2/2/1	8-1839 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202533470400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome LUCIANA IRENO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUCIANA IRENO		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
16-Atendimento a RN N						

17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100218
30-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218				

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	ODM	1	122,00	0,00		S	24/02/2002		Juciana
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	ODP	1	122,00	0,00		S	24/02/2002		Juciana
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provisão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/02/2002 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/2002 Luciana Ireno	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/02/2002
---------------	--	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2012	4-Data de Autorização 12/04/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8324348	7-Data Validade da Guia 12/05/2012	83713 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	----------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ESTHER HADASSA SILVA DE OLIVEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SEVERINA BESERRA DA SILVA
---	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	24/02/21		Esther
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	24/02/21		Esther
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/21 Esther	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/02/21
--	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/02/21	4-Data de Autorização 24/02/21	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 483842	7-Data Validade da Guia 25/05/21	83842 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------

8-Número da Carteira 00202530766700000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VITOR HUGO SILVEIRA		14-Telefone 31/12/2003 () -	15-Nome do titular do plano SUSANA DA SILVEIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/02/21		
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/02/21		
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/02/21		
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	26/02/21		
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/21 Vitor Hugo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/02/21
--	---	--	---

SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.396/0001-76
CRO/PR 1206 - CNES 6806



485461
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 25/10/2021	4-Data de Autorização 25/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8333554	7-Data Validade da Senha 26/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDACAO PARQUE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202511783800092902		13-Nome THAINA CRISTINA SAMPAIO ENSINA		14-Telefone 15/08/1992		15-Nome do titular do plano WILLIAM CANDIDO RIBEIRO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS		18-Número no CRO 29859		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		23-Número no CRO 29859		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859		28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/21		Thaina
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/10/21		Thaina
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/10/21		Thaina
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/10/21		Thaina
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/10/21		Thaina
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859	CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
---------------	--	---------------------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/21 Thaina C. Sampaio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/21 CNPJ: 07.738.595/0001-30 PRO/PR 1206 - CNES 6804999
--	---	---	---



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2021	4-Data de Autorização 25/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8333558	7-Data Validade da Guia 26/10/2021	85466 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	----------------------

8-Número da Carteira 00202511783800092901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome WILLIAM CANDIDO RIBEIRO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WILLIAM CANDIDO RIBEIRO
------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/02/21		JWR
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			26/02/21		JWR
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			26/02/21		JWR
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			26/02/21		JWR
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			26/02/21		JWR
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859		
---------------	---	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/21 William CR	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/02/21
--	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
POWERED LTDA

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999



485469
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/02/21	4-Data de Autorização 25/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8333659	7-Data Validade da Senha 26/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511783800057201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUANA REGINA DEMARI		14-Telefone 19/12/1984 () -	15-Nome do titular do plano LUANA REGINA DEMARI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/02/21		Demari
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/02/21		Demari
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/02/21		Demari
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/02/21		Demari
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	26/02/21		Demari
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/02/21 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/21 Demari	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/02/21
--	---	--	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.891/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



2 - N° Guia no Prestador

482739

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela	
6 - Código na Operadora 0 7 7 3 8 8 9 6 0 0 0 1 5 0		7 - Nome do Contratado 29859/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS					
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
12 -							
13 - Número da Guia no Prestador 4 2 5 9 5 6		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4 2 5 9 5 6		15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 0020253328550000102 - BRUNA MANJAO PERALTA DE MELO	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)				19 -	
27 - Código da Glosa							
20 - Data de Realização do Procedimento							
21 - Dente/Região							
22 - Face							
23 - Quantidade							
24 - Tabela							
25 - Procedimento/Item Assistencial							
26 - Descrição do Procedimento							
28 - Valor Recusado							
30 - Valor Acatado							
31 - Justificativa da Operadora							
1 - 2 4 1 1 2 0 2 0 2 5 O, D 0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0 5 2 8 0 0 0 0 RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES Discordo da sua afirmação. Segundo a radiografia, a sugestão é de lesão cáriosa próximo do tecido pulpar, isso não condena o elemento a um tratamento endodôntico, foi realizado o procedimento restaurador, e as devidas 3 0 4 0							
2 - 2 4 1 1 2 0 2 0 1 5 O, M 0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0 5 2 8 0 0 0 0 RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES Discordo da sua afirmação. Segundo a radiografia, a sugestão é de lesão cáriosa próximo do tecido pulpar, isso não condena o elemento a um tratamento endodôntico, foi realizado o procedimento restaurador, e as devidas 3 0 4 0							
3 -							
4 -							
5 -							
6 -							
32 - Valor Total Recusado (R\$) 1 0 5 6 0 33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0							
34 - Data do Recurso 2 5 1 1 2 0 2 0 35 - Assinatura do Prestador <i>Jheniffer Martins</i> 36 - Data da Assinatura da Operadora 1 1 1 1 1 1 37 - Assinatura da Operadora							



OK

2 - Nº Guia no Prestador

482744

Registro ANS

3 - Nome da Operadora

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

4 - Objeto do Recurso

5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela

6 - Nome do Contratado

Código na Operadora

1 7 7 3 8 8 9 6 0 0 0 1 5 0

7 - Nome do Contratado

29859/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS

8 - Número do Recurso do Protocolo

Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

13 - Nome do Recurso da Guia

- Número da Guia no Prestador

3 8 0 3 7

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 3 8 0 3 7

15 - Status

AUTORIZADO

16 - Beneficiário

00202518649900003303 - CELIANE ALVES DE OLIVEIRA BORGES

- Código da Glosa da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

19 -

19 - Descrição do Procedimento

20 - Data de Realização do Procedimento

28 - Valor Recusado

30 - Valor Acatado

21 - Dente/Região

22 - Face

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Glosa

29 - Justificativa do Prestador

31 - Justificativa da Operadora

1 0 1 2 2 0 2 0

3 7 8 2

0 0 0

3 5 V 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6

As imagens já haviam sido devidamente enviadas, porém inclui todas novamente. Favor verificar

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE

3 0 4 0

1 0 1 2 2 0 2 0

3 7 8 2

0 0 0

3 4 V 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6

As imagens já haviam sido devidamente enviadas, porém inclui todas novamente. Favor verificar

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE

3 0 4 0

1 0 1 2 2 0 2 0

3 7 8 2

0 0 0

4 5 V 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6

As imagens já haviam sido devidamente enviadas, porém inclui todas novamente. Favor verificar

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE

3 0 4 0

1 0 1 2 2 0 2 0

3 7 8 2

0 0 0

1 6 V 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6

As imagens já haviam sido devidamente enviadas, porém inclui todas novamente. Favor verificar

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE

3 0 4 0

1 0 1 2 2 0 2 0

3 7 8 2

0 0 0

4 4 V 0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6

As imagens já haviam sido devidamente enviadas, porém inclui todas novamente. Favor verificar

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE

3 0 4 0

1 1 1 2 2 0 2 0

3 7 8 2

0 0 0

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808977

32 - Valor Total Recusado (R\$)

1 8 9 1 0

33 - Valor Total Acatado (R\$)

0 0 0

34 - Data do Recurso

1 1 1 2 2 0 2 0

35 - Assinatura do Prestador

Jheniffer Martins

36 - Data da Assinatura da Operadora

1 1 1 2 2 0 2 0

37 - Assinatura da Operadora



2 - Nº Guia no Prestador

482749

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora

0 7 7 3 8 8 9 6 0 0 0 1 5 0

7 - Nome do Contratado

29859/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS

4 - Objeto do Recurso

2

5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela

4 8 2 7 4 9

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador

4 6 1 7 6 1

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 6 1 7 6 1

15 - Status

AUTORIZADO

16 - Beneficiário

00202528270800021601 - FERNANDA JENNIFER BARTZ

12 -

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

17 - Código da Glosa da Guia

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento

21 - Dente/Região

22 - Face

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

28 - Valor Recusado

30 - Valor Acatado

29 - Justificativa do Prestador

31 - Justificativa da Operadora

1- 2 5 0 1 2 0 2 1

4 6 0 1 9 4

8 5 1 0 0 2 0 0

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES

27 - Código da Glosa

3 0 8 1

Rx e foto anexadas amigo. Tanto aqui, quanto na guia original.

2- 1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

1 1

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

32 - Valor Total Recusado (R\$)

5 4 5 6

33 - Valor Total Acatado (R\$)

0 0 0 0

34 - Data do Recurso

2 6 0 1 2 0 2 1

35 - Assinatura do Prestador

Jheniffer Martins

36 - Data da Assinatura da Operadora

1 1 1 1 1 1

37 - Assinatura da Operadora